

# ERKLÄRUNG DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

## INFORMATION

Mein Kind (Vorname, Name) \_\_\_\_\_  
nimmt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an einer Klassen-/Gruppenfahrt in das ADS-Schulland-  
heim Rantum/Sylt teil. Ich bin über diese Fahrt genau informiert worden

## KOSTEN

Die Kosten pro Person werden voraussichtlich \_\_\_\_\_ Euro betragen

## ANSCHRIFT

Vorname, Name Personensorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon mit Vorwahl \_\_\_\_\_

## KRANKENKASSE

Krankenversichert bei \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_  
 Privatversichert       Ich gebe meinem Kind die Versichertenkarte mit

## MEDIKAMENTE

(falls ein Impfausweis vorhanden ist, bitte Kopie mitgeben)

Mein Kind benötigt folgende Medikamente \_\_\_\_\_  
 mein Kind ist gegen Tetanus geimpft, Datum \_\_\_\_\_  Mein Kind ist nicht gegen Tetanus geimpft

## ALLERGIEN / BETTNÄSSEN

Mein Kind leidet an keinen Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten  
 Mein Kind leidet an folgenden Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
 Mein Kind benötigt ein Nässeschutzlaken

# ERKLÄRUNG DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

## HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Haftpflichtversichert bei \_\_\_\_\_Versichertennummer \_\_\_\_\_

## BADEN

Mein Kind darf während des Aufenthalts am Baden teilnehmen:  ja  nein

Mein Kind ist Schwimmer, Schwimmbzeichen (ggf.) \_\_\_\_\_  Mein Kind ist Nichtschwimmer

## FREIZEIT

Mein Kind darf an Fahrradfahrten teilnehmen

Mein Kind darf sich während der Fahrt in Kleingruppen nach Absprache frei bewegen. Es ist in der Lage, sich an abgesprochenen Verhaltensweisen zu halten

## ÜBERWEISUNG

Ich erkläre, dass mein Kind an dieser Fahrt teilnimmt und verpflichte mich, den anfallenden Kostenbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro bis zum \_\_\_\_\_ zu überweisen

Bankverbindung: Name der Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

## VOLLMACHT

Ich erteile Herrn/ Frau \_\_\_\_\_ die Vollmacht, in meinem Namen alle mit der Klassen-/ Gruppenfahrt zusammenhängenden Rechtsgeschäfte abzuschließen und abzuwickeln und im Falle meiner Unerreichbarkeit für die Dauer des Aufenthalts gegenüber Arzt und Krankenhaus in unaufschiebbare ärztliche Eingriffe einzuwilligen.

## SONSTIGES

Ich werde mein Kind innerhalb von 24 Stunden vom Unterkunftsort abholen, falls dieses aus gesundheitlichen Gründen oder im Falle schwerwiegender disziplinarischer Verfehlungen notwendig sein sollte. Sofern ich nicht selbst kommen kann, bin ich einverstanden, dass mein Kind mit einer Begleitperson auf meine Ksten nach Hause geschickt wird.

## BEMERKUNGEN:

Außerdem ist Folgendes wichtig: \_\_\_\_\_

Datum

Ort

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten